دامنجانی، معصومه؛ کیمیایی، سیدعلی؛ حسن آبادی، حسین (۱۳۹۶). بر اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه بر بهبود مهارتهای ارتباطی و حل مساله زنان متاهل. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۱)*، ۵۱-۳۸
DOI: 10.22067/ijap.v7i1.46954

اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه بر بهبود مهارتهای ارتباطی و حل مساله زنان متاهل

معصومه دامنجانی[۱]، سیدعلی کیمیایی[۲]، حسین حسن آبادی[۳]

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۰

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه بر بهبود مهارتهای ارتباطی و حل مساله زنان متاهل

روش: روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنان متاهل مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره شهر مشهد بودند که به روش نمونه گیری دردسترس تعداد ۲۲ نفر از آنها انتخاب شدند و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل،(هر گروه ۱۱ نفر) گمارده شدند. آزمودنیها به پرسشنامه حل مساله خانواده و کارکردهای روان شناختی خانواده ایرانی، مقیاس ارتباط پاسخ دادند. داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره(ANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان دادکه آموزش گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه بر افزایش مهارتهای ارتباطی افراد گروه آزمایش تاثیر معناداری داشت($P<۰/۰۰۱$). همچنین آموزش گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه بر افزایش حل مساله افراد گروه آزمایش نیز تاثیر معناداری داشت($P<۰/001$).

واژه های کلیدی: گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه، مهارتهای ارتباطی، حل مساله، زنان متاهل

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، m.damanjani@ yahoo.com
۲. نویسنده مسؤل، دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، Kimiaee@um.ac.ir
۳. استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

خانواده، به عنوان اولین کانون تربیت انسان به شمار می آید. که در این نهاد، زنان مدیر خانواده و سلامت آنان اساس خانواده و پیش شرط توسعه می باشد. از آن جا که انسان های سالم محور توسعه پایدار هستند و نقش زنان را در پرورش دهندگان این انسان های سالم نمی توان نادیده گرفت، بنا براین بی توجهی به سلامت زنان می تواند مسبب مشکلات بیشماری در زندگی شود.زیرا زنان نیمی از جمعیت هر جامعه را تشکیل می دهند و از مهمترین مخاطبان و گروههای اجتماعی موثر در فرایند توسعه به شمار می ایند. حال به دلیل اینکه زنان بیشتر از مردان در معرض فقر و تبعیض جنسیتی قرار دارند و موانع و محدودیتهای فراوانی بر سر راه تغییر و تحول اجتماعی انان وجود دارد(Smitt,1987 ؛ Scalwaik,1986، به نقل از Tabatabae,2005)، بنابراین تاکیدزیادی بر توانمندسازی آنان شده است.

زنان به سبب نقشهای چندگانه ی خود، عناصر انسانی تاثیرگذار در خانواده و جامعه هستند و نقش آنان در خانواده به عنوان فردی مؤثر در ثبات روابط زناشویی کاملا مشخص است، همانطور که جعفریزدی و گلزاری (Jafaryazdi & Golzari,2005) در پژوهش خود نیز به این نتیجه رسیدند زنانی که بتوانند هیجانهای خود را به خوبی درک کنند و درباره ی خودشان احساس مثبتی داشته باشند، معمولا در زندگی زناشویی سازگاری بیشتری دارند. پس برای داشتن خانواده سالم برخورداری زنان از سلامت روانی مهم می باشد که لازمه آن داشتن توانایی و مهارتهای خاصی است که یکی از آنها، مهارتهای ارتباطی می باشد.

مهارتهای ارتباطی، توانایی اختصاصی به شمار می آیند که برای رابطه ضروری هستند؛ به طوری که انسان می تواند با استفاده از آنها، هنگام انتقال نمادین پیام به شخصی دیگر به شکلی کفایت آمیز رفتار کند(Breneshtain,2003). این مهارتها، میزان شایستگی ، احتمال موفقیت فرد و میزان توانایی و اعتماد به نفس ما را نشان می دهد، همچنین باعث افزایش میزان احترام و ارزش ما نزد دیگران می شود(Cole, 2000). ستیر (Settir , 1987) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافت که در نظام خانواده، عنصر ارتباط، بسیار تعیین کننده است بدین معنی که وقتی اعضای خانواده ای از الگوهای ارتباطی مؤثر استفاده میکنند، انتقال و درک واضحی ازمحتوا و قصد هر پیام دارند و این موجب رشد احساسات و ارز ش ها بین افراد خانواده می شود و سنگ زیربنایی خانواده سالم و موفق پی ریزی می شود. نوع نظام خانواده و الگوهای ارتباطی آن، برافراد خانواده نیز تاثیر مهمی دارد، زیرا شخصیت، یادگیری، توسعه، اعتماد به نفس، قدرت انتخاب وتصمیم گیری منطقی افراد خانواده، همه به نوع اطلاعات و نحوۀ انتقال اطلاعات بین اعضای خانواده وابسته است (Oliver & Miller , 1994). و در این فرایند تبادل اطلاعات، فرستنده و گیرنده باید به طور فعال دخالت داشته باشند(Carlson,1999). از سوی دیگر جارویس (Jarvis, 2005) عقیده دارد که آموزش

مهارت های ارتباطی به فرد می آموزد که چطور آغازگر رابطه باشد و آن را ادامه دهد و فعالانه به حرفهای طرف رابطه گوش دهد، افکار و احساساتش را به راحتی ابراز کند و احساسات طرف مقابل را درک کند و به طور سازنده ای به حل مسائل بپردازد(به نقل از Babapour,2008).

درمانگران عقیده دارند که مشکلات ارتباطی، از جمله شایع ترین و مخرب ترین مشکلات در ازدواج های ناموفق می باشند. چرا که هر زمان زوج ها در زمینه ای به مشکل برمی خورند مسایل ارتباطی را نیز ایجاد می کنند؛ بیشتر زوج ها هنگام بروز یک مشکل جدی، علاقه کمتری به برقراری ارتباط دارند؛ لذا اطلاعات کمتری بین آنها رد و بدل شده و به تبع آن، احتمال سوءتفاهم افزایش پیدا می کند(Nazari,2007). پس با آموزش مهارتهایی مانند مهارتهای ارتباطی ، ابراز خود و غیره می توان تاب آوری و به دنبال آن سطح سلامت افراد را افزایش داد(به نقل از Etemad، 1994). البته روش های گوناگونی برای آموزش و تغییر الگوهای ارتباطی وجود دارد که یکی از آنها، آموزش روش حل مسأله است.

همه افراد به طور مداوم با مسائل مختلف و تصمیم گیری در مورد چگونگی رفع آنها روبه رو هستند. بیشتر اوقات فرایند حل مساله روزمره به قدری خودکار انجام می گیرد که افراد از چگونگی انجام آن مطلع نمی شوند. با وجود این باید به این نکته توجه کرد که بدون توانایی شناسایی مشکلات و رسیدن به راه حل های قابل اجرا، زندگی روزمره مردم از هم خواهد پاشید. حل مساله دربرگیرنده حوزه های عاطفی، شناختی و رفتاری است.(Ivanoff & etal ,1992). و در این بین افرادی که از توانایی حل مساله بیشتری برخوردارند، بهتر می توانند با انواع استرس و مشکلات زندگی مقابله کنند، و آنهایی که حل مساله را یاد می گیرند احتمالا به طور مؤثری با استرس مقابله می کنند.(D،zurilla & Chang , 1995). بدین معنی که داشتن قدرت حل مساله بیشتر، با مشکلات روان شناختی و اجتماعی کمتری همراه است.

حل مساله فرایند رفتاری- شناختی آشکاری است که: ۱- پاسخهای بالقوه مؤثر برای موقعیت دشوار را فراهم می سازد. ۲-احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را از بین پاسخ های متعدد افزایش می دهد.

افرادی که از توان حل مساله بالایی برخوردارند احتمالا در مقابله مؤثر با طیف وسیعی از موقعیتها موفق خواهند بود. حال انکه جهت گیری فرد نسبت به موقعیت نیز تاثیر قطعی بر نحوه پاسخ او دارد تا جایی که این جهت گیری نسبت به موقعیت، رفتار مستقل حل مساله را ترغیب می کند که شامل آمادگی یا داشتن این نگرش است، که مشکلات بخشی از زندگی معمولی است و لذا می توان از عهده آن برآمد. بر این اساس هرگاه مساله ای روی می دهد باید ابتدا آن را مشخص کرد تا مانع از گرایش به دادن پاسخ به نخستین تکانش شد(Ivanoff & etal, 1992) . البته ناگفته نماند که مهارتهای ارتباطی و حل مساله افراد تحت یک

فرایند شناختی-قضاوتی صورت می گیرد همانطور که نزو (Nezo , 1987)شیوه های حل مساله را به عنوان فرایندی شناختی-رفتاری تلقی می کند که افراد به واسطه آن راهبردهای مؤثر برای مقابله با موقعیت های مسئله زا در زندگی روزمره را شناسایی و کشف کنند(Cassidy & Long,, 1996). پس بر طبق این نظر حل مساله مقدمتا یک فرایند مقابله ای آگاهانه،منطقی و هدفمند است که می تواند توانایی فرد را برای مقابله سودمند با انواعی از موقعیت های استرس زا افزایش دهد (D,zurilla & Chang, 1999) و در این بین هرچه افراد خودآگاه تر و خوش بین تر و از معنویت گرایی بالاتری برخوردار باشند به همان میزان توانایی بیشتری در حل مسایل خواهند داشت و در زندگی از رضایت بالاتری برخوردارند.

یکی از روشهایی که به دنبال خودآگاهی و توسعه جنبه های مثبت فرد و رسیدن او به کمال انسانی می باشد درمان شناختی-انسان گرایانه است ،که به فرد کمک می کند تا در مسیر خود آگاهی به مهارتهایی مانند مهارتهای شناختی و ارتباطی و غیره دست پیدا کند.

نلسون جونز (Nelson-jonse, 2001) به عنوان پایه گذار این روش معتقد است که افراد برای مسؤلیت پذیری شخصی و برای جلب شادی و برای کمتر رنج و درد کشیدن خودشان و دیگران نیاز دارند که مهارت هایی بیاموزند و یا فرا بگیرند. هدف در درمان CHT[1] نیز رسیدن به سطح بالاتری از بهنجاری یعنی انسان کامل[2] بودن است و بدست آوردن همدردی انسانی اصیل، مهارتهای رشد یافته برای پرورش شادی و حذف رنج برای دیگران و خود می باشد. و برای رسیدن به این هدف، CHT شامل دو بخش درمان انطباقی[3](مهارتهای زندگی[4]) و پرورش روح[5](مهارتهای ذهنی) می باشد که با یکدیگر همپوشی دارند (Nelson-jonse, 2004). بخش انطباقی در CHT (آموزش مهارتهای زندگی) پایه ای است برای سازگار شدن بهتر اهداف درمان و کمک به مراجعینی که می خواهند به مهارت های ارتباطی و ذهنی دست یابند تا به عملکرد نرمال برسند. و می تواند شامل ایجاد حمایت عاطفی، اداره کردن مشکل خاص در موقعیت بهتر، مدیریت کردن مشکلات و یافتن مهارتهای ضعیف از جمله مهارتهای ذهنی و مهارتهای ارتباطی در مدیریت مشکلات می باشد. در این بخش درمان، مراجعین ابتدا باید بپذیرند که در چه مهارتهایی ضعف دارند و چه تاثیراتی بر آنها دارد،سپس مهارتها آموزش داده شود (Nelson-jonse, 2001).

دو بخش انطباقی و پروش روح در CHT با یکدیگر همپوشی دارند و در چهارچوبی تحت عنوان

1 .Cognitive-Humanistic Therapy(CHT)
2 .Full Human
3 .Adaptation
4 .Lifeskills
5 .Mental Cultivation

الگوی مشاوره و روان درمانی مراجع مهارت یافته و یا به طور خلاصه الگوی مراجع مهارت یافته[1] مطرح می شود(Nelson-jonse, 2004).درمانگر از این طرح برای مراجعان و بهبود مهارتهای ذهنی[2] و مهارتهای ارتباطی[3] و همچنین مدیریت صحیح مشکل استفاده می کند بهبود مهارتهای مراجع می تواند مهارتهای قبلی مراجع را که به آن نپرداخته نیز فعال کند، مهارتهای ضعیف را کاهش دهد و مهارتهای دیگر را بهبود دهد و به خزانه ذهنشان وارد کند. حال با توجه به مبانی نظری و یافته های پژوهش که در فوق به آن پرداخته شد، پژوهش حاضر در پی شناسایی و تعیین اثربخشی درمان شناختی- انسانگرایانه بر بهبود مهارتهای ارتباطی و حل مساله زنان متاهل انجام گرفت. فرضیه هایی که در این پژوهش مطرح است عبارتند از:

۱) گروه درمانی شناختی-انسان گرایانه باعث افزایش مهارتهای ارتباطی در زنان متاهل می شود.

۲) گروه درمانی شناختی-انسان گرایانه باعث افزایش مهارت حل مساله در زنان متاهل می شود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بود که با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام شد.

جامعه آماری پژوهش، تمامی زنان متاهل مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره شهر مشهد بودند که به روش نمونه گیری دردسترس تعداد ۲۲ نفر از آنها انتخاب شد و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل،(هر گروه ۱۱ نفر) گمارده شدند. سپس افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت گروه درمانی شناختی-انسان گرایانه قرار گرفتند و افراد گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. کلیه آزمودنیها تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند(پیش آزمون و پس آزمون)، پس از اتمام جلسات مداخله گروهی، بار دیگر هر دو گروه به وسیله ی ابزارهای پژوهش آزمون شدند. در پایان درمان، برای رعایت اخلاق پژوهش به گروه کنترل نیز، ۱۰جلسه درمان شناختی-انسان گرایانه ارائه شد.

ابزارها:

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل : "پرسشنامه حل مساله خانواده" و "مقیاس ارتباط" بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می شود:

حل مسئله خانواده: این پرسشنامه با الهام از پرسشنامه های (Berger & ، Forgatch, 1998) Hannah, 1999) ، (Champion & Power, 2002) ، (D’zurilla, & Nezo, 1990) توسط احمدی(2010,

1 .Skilled Client Model
2 .Mind Skills
3 .Communication Skills

Ahmadi&etal) ساخته شد مواد این پرسشنامه در زمینه ی روشهای مواجهه با مشکلات فعلی، میزان شناخت فرایند و گامهای حل مساله و چگونگی به کارگیری روشهای حل مساله در بین زوجها می باشد.بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از گزینه هیچ وقت(۱)، به ندرت(۲)، بعضی مواقع(۳)، خیلی مواقع(۴)، و همیشه(۵) نمره گذاری شده است.عبارات ۹،۱۰،۱۲،۱۷،۱۸،۲۱،۲۵،۲۶،۳۰ به صورت معکوس نمره گذاری می شود.از لحاظ روایی محتوایی،مورد تایید متخصصان قرار گرفته است.ضریب همبستگی درونی پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲و میزان اعتبار پرسشنامه با روش بازآزمایی در فاصله دو هفته در بین زوجها ۰/۶۴ محاسبه شد.

ارتباط: این مقیاس یکی از خرده مقیاسهای سنجش کارکردهای روان شناختی خانواده ایرانی (IFPFS)[1] است که توسط کیمیایی و همکارانش در سال ۱۳۹۱ طراحی و ساخته شده است. . این مقیاس دارای ۹۲ سؤال می باشد و دوازده بعد از کارکردهای روان شناختی خانواده ایرانی را می سنجد: ارتباط، پیشرفت، سواد عاطفی، معنویت و مذهب، اوقات فراغت، اتحاد، ساختار وسازمان، احساس امنیت، حل تعارض، صله رحم، استقلال و کنترل. شیوه نمره گذاری بدین صورت است که آزمودنی ها می بایست پاسخ های خود را برمبنای یک مقیاس درجه بندی شده ی"۷=کاملاًموافق"،"۶= موافق"،"۵= تاحدودی موافق"،"۴= بیطرف"، "۳= تاحدودی مخالف"،"۲= مخالف"و "۱= کاملاًمخالف" در سوالات مستقیم، و"۱=کاملاًموافق"، "۲= موافق"،"۳= تاحدودی موافق"،"۴= بیطرف"، "۵= تاحدودی مخالف"،"۶= مخالف"و "۷= کاملاًمخالف" درسوالات معکوس مشخص نمایند. این خرده مقیاس دارای ۱۰ سؤال از حداقل ۱۰ تاحداکثر ۷۰ نمره میباشد که نمرات بالاتر از میانگین نشانه فقدان وجود علائم و اختلال در رابطه و نمرات پائین تر از میانگین نشانه وجود اختلال در رابطه می باشد. میزان اعتبار این خرده مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و همبستگی آن با نمره کل مقیاس ۰/۷۰ براورد شده است. همچنین پایایی این خرده مقیاس با استفاده از روش آزمون- آزمون مجدد ۰/۷۵ به دست آمده است که بیانگر پایائی مناسب آن است.

پس از ارزیابی آزمودنیها برای شرکت آنها درپژوهش از نظر نداشتن اختلالات حاد روانپزشکی براساس معیارهای مصاحبه های بالینی ساختاریافته، جلسات آموزش انجام شد. به طور کلی خلاصه مراحل درمان در تمامی جلسات(۱۰ جلسه) به این صورت بود که ابتدای هرجلسه مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنیها پرداخته می شد و به دنبال آن بحث و آموزش مقوله موردنظر در هر جلسه انجام می شد.در طول جلسه نیز به مهارتهای مختص آن جلسه پرداخته می شد و در پایان جلسه به آزمودنیها تکالیفی داده می شد که در طول هفته انجام دهند.

1 . Iranian Family Psychological Functions of Subcategories

جدول ۱. خلاصه جلسات وچهارچوب و ساختارکلی جلسات

جلسات درمان	اهداف و فرایندجلسه
جلسه اول	بیان قواعد گروه ومنطق کارتوسط درمانگر، معرفی اعضاوانگیزه آنهابرای شرکت درجلسات و اجرای پس آزمون
جلسه دوم	بررسی مشکلات مراجعین و رسیدن به یک تعریف مقدماتی از مشکل و بنا نهادن یک ارتباط خوب درمانی برای خودافشاگری مراجعین، و تمرکز روی جنبه های مثبت
جلسه سوم	توجه به مهارت ها، معرفی و شناسایی آنها، یافتن قوتهای مراجعین و افکار تخریب کننده با توجه به تکلیف جلسه قبل.
جلسه چهارم	شناسایی عملکرد مراجعین در حوزه های مختلف زندگی و درک و نقش خودشان در مدیریت مسائل
جلسه پنجم	طبقه بندی مسائل و مداخله با آموزش و اجرای مهارتها توسط اعضا
جلسه ششم	تداوم مداخله و اجرای مهارت ها توسط درمانگرواعضا
جلسه هفتم	ارزیابی اهداف اولیه وبررسی موانع و پیشرفت اعضا
جلسه هشتم	ارزیابی ، اموزش و تمرین مهارتهای حل تعارض،
جلسه نهم	تثبیت مهارتهای آموخته شده
جلسه دهم	جمع بندی از جلسات، مرور تغییرات و دستاوردهای گروهی و اجرای پس آزمون

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی، انحراف استاندارد و نیز روش های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس تک متغیره(ANCOVA) استفاده شد.

به منظور بررسی معناداری آماری تفاوتهای ایجاد شده در میانگین های پس آزمون هر یک از خرده مقیاس ها از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد(جدول 3و 5). کواریانس بهترین شیوه آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌های طرح‌های پیش‌آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد (Delawar & etal ,2005). در تحلیل کواریانس نمرات پیش‌آزمون بعنوان متغیر تصادفی کمکی و نمرات پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته بکار می‌رود (Beris & etal ,2005). کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون را بواسطه تفاوت موجود در پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تعدیل می‌سازد(Gull & etal, 2004).

همچنین قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مفروضه های این آزمون شامل نرمال بودن، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفت و پس از اطمینان از برقراری این مفروضه ها آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات آزمون پرسشنامه حل مساله خانواده و ارتباط مورد استفاده قرار گرفت.

جدول۲: شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس‌آزمون مهارتهای ارتباطی

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	مهارتهای ارتباطی	۳۲/۰	۲/۳۲	۵۱/۰۹	۶/۶۵
کنترل	مهارتهای ارتباطی	۳۲/۱۸	۱/۹۹	۳۴/۰	۴/۷۹

همانطور که در جدول(۲) ملاحظه می شود، میانگین و انحراف استاندارد نمره های مهارتهای ارتباطی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد که میانگین نمرات مهارتهای ارتباطی گروه آزمایش از پیش آزمون(۳۲/۰) به پس آزمون(۵۱/۰۹) افزایش یافته است که نشان دهنده اثربخش بودن رویکرد بر افزایش مهارتهای ارتباطی است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای اثربخشی مهارتهای ارتباطی در گروه های مورد مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۲۶/۶۹	۱	۲۶/۶۹	۰/۷۸	۰/۳۸	۰/۰۴
گروه	۱۶۲۱/۷	۱	۱۶۲۱/۷	۴۷/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱
خطا	۶۴۶/۲۱	۱۹	۳۴/۰۱			
کل	۴۲۱۰۲/۰	۲۲				

همانطور که در جدول شماره (۳) مشاهده می شود نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره نشان می دهد که گروه آزمایشدر مقایسه باگروه کنترل، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی مهارتهای ارتباطی تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است.($P<۰/۰۰۱$، ۴۷/۶۸ = $F_{(۱و۱۹)}$).

به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.

جدول۴: شاخص های توصیفی مربوط به داده های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس‌آزمون حل مساله

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	حل مساله	۷۵/۱۸	۱۲/۲۰	۹۹/۰۹	۱۴/۶۰
کنترل	حل مساله	۷۲/۹	۹/۵۸	۷۳/۴۵	۱۹/۳۶

همچنین در مقیاس حل مساله نیز میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش آزمون(۷۵/۱۸) به پس آزمون(۹۹/۰۹) افزایش یافته است که این نشان دهنده اثربخشی رویکرد درمانی می باشد، اما نمره حل مساله در افراد گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای نسبت به پیش آزمون نداشته است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش‌های انجام شده بر بهبودحل مساله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	قدرت مشاهده شده
پیش آزمون	۳۴۰۱/۴۷	۱	۳۴۰۱/۴	۲۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷
گروه	۲۸۵۹/۴۷	۱	۲۸۵۹/۴	۲۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۲۴۸۲/۱۶	۱۹	۱۳۰/۶۴			
کل	۹۴۹۸/۳۶	۲۲				

همچنین در جدول شماره (۵) مشاهده می شود نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره نشان می دهد که گروه آزمایش، پس از شرکت در مداخله، در نمره کلی حل مساله تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است. ($F_{(1و19)}$= ۲۱/۸ ،P<۰/001).

به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثربخشی گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.

نتیجه

همانطور که قبلا هم اشاره شد هدف کلی از پژوهش حاضر در خصوص فرضیه اول بیانگر آن بود که گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه تاثیر معناداری بر بهبود مهارتهای ارتباطی زنان متاهل داشت. در واقع نتایج تحلیل کواریانس نشان دهنده تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل بود. بدین ترتیب فرضیه تحقیق تایید شد.

این یافته با نتایج تحقیقات (Shirali, 2007) ، (Aslani, 2004) ، (Hansson & Lund bland, 2006)، (Atkins, Doss, Thum, Sevier & Christensen, 2005) ، (Ronan, Dreer& Dollard, 2004) و (Blumberg, 1991)همسو است. احمدی (Ahmadi, 2014)در پژوهشی بر روی ۶۰ دانش آموز دختر نشان دادند که آموزش مهارتهای ارتباطی باعث افزایش خودکارامدی و موفقیت تحصیلی آنها شد. همچنین یالسین (Yalcin, 2007) در پژوهشی آموزش مهارتهای ارتباطی را به خانواده ها در دو گروه آزمایش و گواه دادند نتایج یافته های آنان نشان داد که این آموزشها تاثیر معنی داری بر ارتقا رابطه داشته است.

در خصوص تبیین این یافته می توان اینگونه اشاره کرد که بهزیستی آدمیان، به توانایی در همسویی و ارتباط با دیگران بستگی دارد. کیفیت این ارتباط مهمترین عامل موثر در شادکامی است.به همین خاطر با بهداشت روانی و سلامت جسمانی که از مولفه های سبک زندگی نیز به شمار می رود ارتباطی بامعنا پیدا کرده است(cohen & willis ,1985؛ Wold ,1970). و اهمیت این ارتباط به اندازه ای است که به صورت یک نیاز فطری برای برقراری ارتباط با دیگران مطرح شده است(Barash ,1982).

ارتباط روشن و موثر بین افراد خانواده، موجب رشد احساسات و ارزشها می شود .ارتباط موثر سنگ زیر بنایی خانواده ی سالم و موفق است؛ به عبارتی دیگر در صورتی که اعضای خانواده از الگوهای ارتباطی موثر استفاده کنند، انتقال و درک واضحی از محتوا و قصد هر پیامی دارند، نیازهای روانی یکدیگررا ارضا می کنند و ارتباط و شرکت در اجتماع را تداوم می بخشند .بنابراین الگو های ارتباطی شخصیت، یادگیری، اعتماد به نفس، قدرت انتخاب و تصمیم گیری منطقی افراد خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد و یکی از ریشه های اصلی مشکلات مختلف خانواده است(Oliver & Miller ,1994).

منابع مختلفی که در واقع منابع کژفهمی محسوب می شوند ،بر نحوه ارتباط نیز تاثیر می گذارند. برای آموزش آن به دیگران، برنامه های آموزشی مختلفی در دسترس است و تحقیقات مختلف از جمله همین پژوهش نشان داد که این برنامه ها در افزایش مهارتهای ارتباطی موثرند.

همچنین یافته های دیگر پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه در بهبود حل مساله در زنان متاهل نیز موثر بوده است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تایید قرار گرفت.

که این یافته نیز با نتایج تحقیقات (Montague, 1992) ، (Montague, Bos, Montague, 1986) ، (Rasoly, 2014)، (Heidari, 2013)، (Ahmadi, 2014) ، (Karimi Moonaghi & etal, 2013) همسو است. همچنین احمدی(Ahmadi, 2003) تأثیر روش مداخله ای حل مشکل را بر کاهش سازگاری زناشویی بررسی کرد .نتایج نشان داد که آموزش حل مشکل باعث کاهش ناسازگاری در ابعاد صمیمیت ، مراودات کلامی و غیر کلامی، حل تعارضات، روابط جنسی شد .همچنین یافته ها نشان دا د که روش حل مشکل بیش از سایر ابعاد سازگاری بر بهبود و ارتقا روابط صمیمانه زوج تأثیر داشت.

همانطور که قبلا نیز گفته شد حل مسئله به عنوان یک راهبرد مقابله کلی مطرح است که سازگاری، انطباق و رقابت را تسهیل می نماید.(D’zurilla, & Nezo 1990) حل مساله به معنای درگیری در تکلیفی است که راه حل آن مشخص نمی باشد. اگرچه انسان درحوزه های مختلف با مسائل متنوعی روبه رو است با این حال می توان اصولی کلی را در نظر گرفت که تقریبا در هر نوع مسائلی کاربرد دارد و شامل مجموعهٔ

پیچیده ای از مؤلفه های شناختی، رفتاری و نگرشی و فرایندهای چندمرحله ای است(Twerski & Schwartz,2005). از بسیاری جهات می توان آموزش شیوه ی حل مساله را کمک به فرد برای ایجاد یک آمایه یادگیری تلقی کرد. به این ترتیب احتمال مقابله ی مؤثر فرد با طیف گسترده ای از موقعیت ها افزایش پیدا می کند. در این عرصه می توان آموزش شیوه حل مساله را شکلی از آموزش کنترل خود یا استقلال دانست که به افراد کمک می کند تا چیستی و چگونگی دست یافتن به خواسته هایشان را به وسیله مؤثرترین روش کشف کنند.

در درمان شناختی- انسانگرایانه نیز چهارچوب درمانی به نام مدل مراجع مهارت یافته وجود دارد که شامل سه مرحله می باشد و کار اصلی در مرحله دوم سنجیدن و توافق بر تعریف مشترک از مشکلات مراجعان است که شامل سه فاز می باشد. در فاز اول به شناسایی مشکل پرداخته می شود و سپس به یافتن و جمع آوری مدارکی درباره ی مهارتهای ضعیف در ارتباط با مشکل و بررسی همه ی اطلاعات سودمند برای مهارتی که باید بهبود یابد، پرداخته می شود و در فاز سوم نیز توافقی بر تعریف مشکل و یا مشکلات مراجع صورت می گیرد.

نتیجه انکه پژوهش حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی- انسانگرایانه با تاکید بر گسترش مهارتهای مراجعان و ذهن اگاهی به خوبی می تواند توانایی حل مساله و مهارتهای ارتباطی انان را توسعه بخشیده واز این رو به درمانگران و مشاوران پیشنهاد می شود تا در حوزه بالینی از این درمان بهره جویند.

محدودیت ها

همچون هر پژوهشی این پژوهش نیز با محدودیت هایی روبرو بوده است.

۱) تعداد کم اعضای نمونه که قدرت تعمیم نتایج پژوهش را محدود می نماید.
۲) نمونه تک جنسیتی .
۳) استفاده از پرسشنامه های خود-اظهاری.
۴) فقدان مطالعه پی گیری.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات استاد راهنما جناب آقای دکتر سید علی کیمیایی و استاد مشاور محترم و کلیه آزمودنی هایی که امکان اجرای پژوهش را فراهم و در غنی بخشی دانش حوزه مشاوره و روان درمانی مشارکت نموده اند سپاس گزاری می شود.

Refrences

Ahmadi, Kh. (2003). Identify factors affecting marital adjustment and comparing the effectiveness of two methods of changing lifestyles and problem solving in couples with marital discord. PhD Thesis. .Allameh Tabatabaei University. Faculty of Psychology and Educatinal Sciences. . (In Persian).

Ahmadi, M.; Hatami, H.; Ahadi, H.; Assadzadeh, H. (2014). A study of the effect of communication skills training on the femal students' Self-efficacy and Achievement. *Quarterly Jornal of new approach in educational administration.*4 (16).105-116. (In Persian).

Ahmadi KH, Nabipoor ashrafi M, Kimiaee A, Afzali M.H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. Journal of Applied Sciences, 10(8):682-687. .(In Persian).

Aslani, Kh. (2004). Role communication skills on family performance of Married students. Quarterly social welfare, (14).115-135. (In Persian).

Atkins, D.C., Doss, B.D., thum, Y.M., Sevier, M, Christensen, A., (2005). Improving relationship: Mechanisms of change in couple therapy, *Journal of consoling and clinical Psychology*, 73,624-633.

Babapour, H. (2008). Effective communication skills of problem solving to students. Journal of Psychology, University of Tabriz. 3(10), 8-23. (In Persian).

Barash, D. P. (1982). *Sociobiology and Behavior* (2nd Ed). New York: Elsevier.

Wold, C. I. (1970). Characteristics of 26000 Suicide prevention center patients. *Bulletin of Sociology*, 6, 24-28.

Berger, R. & Hannah, M. (1999). Preventive Approaches in couple therapy Taylor. Francis Inc., France.

Blumberg, S. L. (1991). Premarital intervention programs: A Comparison Study. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Denver, Co.

Carlson, J. & spray, L. & Lewis. J. (1999). Family Therapy ensure efficient treatment Translation: (Navabinejad), Tehran: The Parent-Teacher Association.

Cassidy, I. T., & Long.C. (1996). Problem-solving Style, Stress and Psychological illness.Development of a multifactorial measoure.*British Journal of Clinical Psychology,* 35.256-277

Champion, L. & Power, M. (2000). Adult Psychological Problems. 2nd Edn, Psychological Press Ltd, France, ISBN: 0-86377-641-8.

Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Sterss, Social Support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310- 357.

Dzurilla, I.T., & Chang, E. (1995).the relation between social problem-solving and coping. Cognitive therapy and Research, 19.563-587.

D'zurilla, T. J., & Nezo, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem solving inventory. J. Psychol. Assess, 2:156-163.

Etemad, E.Z. (2010). Effectiveness of cognitive-humanist on increasing self-esteem and life satisfaction of married women. Master's thesis in clinical psychology Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).

Forgatch, M. s. (1989). Pattern and outcome in family problem solving. J. Marriage Family, 51:115-124.

Jafar Yazdi, H. & Golzari, L. (2005). The effect of life skills training on marital couples.

The second Congress of pathology family in Iran. Shahid Beheshti University. (In Persian)

Hansson, K., & Lund Bland, A. (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28, 1.

Heidari, M., Shahbazi, S., Derris, F. (2013). The effect of Problem-Solving training on decision making skill in emergency medicine students. Jornal of Health promotion management (JHPM), 2(2), 25-31. . (In Persian).

Ivanoff, A., Smyth, I.N., Grochowski, S., Long, I.S., and Klein, E.K. (1992). Problem-Solving and suicidality among prison imates: Another look at state versus trait. *Journal of Personality and Social Psychology,* 6. 970-973.

Jarvis, T.J.; Tebbutt, J.; Mattick, R.P.; Shand, F. (2005). *Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence.* John Wiley & sons, LTD.

Karimi Moonaghi, H., Heydari, A., Taghipour, A., Ildarabadi, E. (2013). Challenges of Community Health nursing educaton in Iran. *International Journal of Community based nursing and midwifery*, 1(1), 62-68. . (In Persian).

Kimiaee, A. & Khademian, & Farhadi. (2012). Construction and study of psychometric properties and Validation of a Scale psychological functions Iranian family. Quarterly modern psychological research, 7(27), 145-182 (In Persian).

Kriegelewice, Q. (2006). Problem solving strategies and marital sarisfaction. *Journal of Psychiatr Pol*, 40(2):24-59.

Mattew M, Patric F & Kim P. Effective communication and marital communications. Translation

Montague M. (1992). The effects of cognitive and metacognitive strategy instruction on the mathematicalproblem solving of middle school students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25:230-48.

Montague M, Applegate B, Marquard K. (1993). Cognitive strategy instruction and mathematical problem-solving performance of students with learning disabilities. Learning Disabilities Research & Practice 8:223-32.

Montague M, Bos CS. (1986). The effect of cognitive strategy training on verbal math problem solving performance of learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*; 19:26-33.

Mosak, H.H., & Maniacci, M.P. (1999). A primer of Adlerian psychology: the analytic behavioral cognition. Philadelphia: brunner/Mzel.

Nazari, A.M (2007). Foundations couple therapy and family therapy. Tehran: Science

Nelson-jonse, Rechard. (2001).Theory and practice of counselling & Therapy.Sage pub.

Nelson-jonse, Rechard. (2004).cognitive-humanistic therapy.Sage pub.

Oliver, J. & Miller, SH (1994). Couple communication. Journal of psychology & christianity, Vol. 13, No. 2, 151-157.

Rasoly, F (2014). The effect of active method of Problem-Solving on marital conflicts in Yasuj, Iran. Armaghan Danesh February, 10(82), 859-868.

Ronnan, G.F., Dreer, L.E. (2004). Violent couples coping and communication skills. *Journal of family violence*, 19, 131-142.

Scott, R. L. and Cordava, J. V. (2002). The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology, 16 (21):199-208*

Tabatabaei, Sh (2005). Effects of individual and occupational awareness and

entrepreneurship training on self-esteem and entrepreneurial trends in female-headed households in Tehran. Plan and approved by the Institute of Labor and Social Security. (In Persian).

Twerski, R.A., & Schwartz, U. (2005). Positive parenting. NY: *Pearson Company Inc. Violent Behavior, 9,247-269*

Wold, C. I. (1970). Characteristics of 26000 Suicide prevention center patients. *Bulletin of Sociology*, 6, 24-28.

Yalcin, B. M. & Karahan, T. E. (2007). *Effects of a couple communication program on marital adjustment of the Amrican*. Boord of family medicine, 20, 36- 44.